

Licensing Information for SACC Center Records

اطلاعات صدور جواز برای مدارك مركز SACC

Virginia State Licensing standards require SACC to obtain the following information for each child enrolled.

SACC بر اساس استانداردهای مجوزدهی ایالت ویرجینیا موظف است اطلاعات زیر را در مورد هر کودکی که در برنامه شرکت دارد، جمع آوری نماید.

Child

کودك

Child's full name: نام کامل کودك:	Nickname: نام مستعار:	Birth date: تاریخ تولد:
Current grade: کلاس فعلی:	Sex: جنس:	Primary language spoken in home: زبان اصلی که در خانه صحبت می شود:
Address: آدرس:		Home phone: تلفن منزل:
Other schools and programs child currently attends: سایر مدارس و برنامه هایی که کودك در حال حاضر در آن شرکت دارد:		None: () هیچ: ()
Previous child care programs and schools attended (for new SACC children only): برنامه های مراقبت از کودك و مدرسی که قبلاً کودك می رفته (فقط برای کودکان جدید SACC):		
Prescriptions and ongoing medications, chronic physical or medical conditions, developmental information and special accommodations needed: نسخه ها و دارو هایی که کودك منظمأ مصرف می کند، وضعیت های فیزیکی مزمن یا طبی، اطلاعات مربوط به رشد و تطبیق های ویژه مورد نیاز:		
None: () هیچ: ()		
Allergies or intolerance to: food, medication, insect bites, etc. including actions to be taken in an emergency: آلرژی ها یا موارد عدم تحمل به: غذا، دارو، نیش حشرات، و غیره از جمله اقداماتی که در صورت پیش آمدن يك وضعیت اضطراری باید صورت گیرد:		
None: () هیچ: ()		
Child's physician: پزشك کودك:	Phone: تلفن:	

Parents/Guardian

والدين / سرپرست

***Please note:** Teachers must release children to parents unless appropriate legal paperwork is provided to SACC.

***لطفا توجه فرمایید:** آموزگاران باید کودکان را به والدین برگردانند مگر آنکه مدارک قانونی مربوطه به SACC عرضه شده باشد.

Custodial father's full name*: نام کامل پدر که سرپرستی کودک را بر عهده دارد*:		Employer: کارفرما:	
▪ Work phone: تلفن محل کار:	▪ Work cell: تلفن دستی محل کار:	Email: ایمیل:	
Custodial father's address (if different from child's): آدرس پدر که سرپرستی کودک را بر عهده دارد (اگر از آدرس کودک متفاوت است):			
▪ Home Phone _____ تلفن منزل			
▪ Cell Phone _____ تلفن دستی			
Employer: کارفرما:		Custodial mother's full name*: نام کامل مادر که سرپرستی کودک را بر عهده دارد*:	
▪ Work phone: تلفن محل کار:	▪ Work cell: تلفن دستی محل کار:	Email: ایمیل:	
Custodial mother's address (if different from child's): آدرس مادر که سرپرستی کودک را بر عهده دارد (اگر از آدرس کودک متفاوت است):			
▪ Home Phone _____ تلفن منزل			
▪ Cell Phone _____ تلفن دستی			
Other guardian or attending agency*: سرپرست یا اداره دیگر مسئول نگهداری*:		Employer: کارفرما:	
▪ Work phone: تلفن محل کار:	▪ Work cell: تلفن دستی محل کار:	Email: ایمیل:	
Other guardian or attending agency's address آدرس سرپرست یا اداره دیگر مسئول نگهداری*:			
▪ Home Phone _____ تلفن منزل			
▪ Cell Phone _____ تلفن دستی			

Emergency Contacts and Authorized Pick Up Persons

تماس های اضطراری و اشخاصی که مجازند کودک را بگیرند

* Required Information:

* اطلاعات الزامی:

*Names, addresses and phone numbers of two people to contact for pick up or in case of an emergency if parents cannot be reached:

*نام، آدرس و شماره تلفن دو نفر که برای بردن کودک و یا مواقع اضطراری که پدر و مادر در دسترس نیستند، بتوان با آنها تماس گرفت:

1. _____

Name

نام

Phone:

تلفن:

Number and Street

شماره و خیابان

City

شهر

Zip

کد پستی

work: _____

home: _____

cell: _____

2. _____

Name

نام

Phone:

تلفن:

Number and Street

شماره و خیابان

City

شهر

Zip

کد پستی

work: _____

home: _____

cell: _____

Additional persons authorized to pick up child:

افراد اضافی مجاز برای گرفتن کودک:

Name

نام

Home #

تلفن منزل

Cell #

تلفن دستی

Work#

تلفن محل کار

1.

2.

3.

4.

Agreement/Signature

موافقتنامه / امضا

Please indicate yes or no.

لطفاً پاسخ بله یا خیر بدهید.

- | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none">I give permission for my child to take field trips: including walking, biking, swimming and those requiring use of FCPS or public transportation. I understand I will be notified of dates, destinations and times of trips. | <input type="checkbox"/> |
| Yes
بله | <ul style="list-style-type: none">من اجازه می دهم کودک به گردش های علمی برده شود. از جمله؛ راه رفتن، دوچرخه سواری، شنا و آنهایی که مستلزم استفاده از FCPS یا حمل و نقل عمومی است. من متوجه هستم که از تاریخ ها، مقصدها، و ساعات مسافرت ها آگاه خواهم شد. | No
خیر |
| <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none">I give permission for my child to be photographed, videotaped or quoted by Fairfax County government representatives, or the media, while participating in SACC program activities, for use in print, electronic, Internet or broadcast media. My child's name/photos/videos/quotes may be used in whole or in part, and may be edited, produced, duplicated, or distributed for informational or promotional purposes. County photos/videos are the property of Fairfax County government without compensation to me, and may be subject to the Virginia Freedom of Information Act. | <input type="checkbox"/> |
| Yes
بله | <ul style="list-style-type: none">من بدین وسیله اجازه می دهم که نمایندگان دولت کانتی فیرفکس یا رسانه ها از فرزند من در زمانی که در فعالیت های برنامه SACC شرکت دارد، به منظور استفاده در رسانه های چاپی، الکترونیکی، اینترنتی و یا رسانه های خبری عکسبرداری کرده، فیلمبرداری نموده و یا از سخنان او نقل قول کنند. نام/عکس ها/فیلم ها/ نقل قول های فرزند من بطور کامل یا جزیی قابل استفاده بوده و می تواند برای مصارف اطلاع رسانی و یا تبلیغاتی مورد ویرایش، نشر، کپی برداری، یا توزیع قرار گیرد. عکس ها/فیلم های کانتی متعلق به دولت کانتی فیرفکس بوده و بابت آنها هیچ هزینه ای به من پرداخت نخواهد شد، و ممکن است مشمول قانون آزادی اطلاعات ویرجینیا باشند. | No
خیر |
| <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none">I give permission for SACC staff and staff at my child's school to exchange information about my child as needed to help provide services to him or her. This includes exchanging copies of any records relating to my child; for example, medical records, emergency care information or academic records. In addition to the school staff, I also give permission for the SACC staff to exchange information about my child as needed with the following people: | <input type="checkbox"/> |
| Yes
بله | <ul style="list-style-type: none">من به کارمندان SACC و کارمندان مدرسه کودک اجازه می دهم اطلاعات مربوط به کودک را به صورتی که لازم است برای کمک به عرضه خدمات به او مبادله کنند. این شامل مبادله کپی های هر گونه سابقه مربوط به کودک من است؛ برای مثال، سوابق پزشکی، اطلاعات مراقبت اضطراری یا سوابق مدرسه. علاوه بر کارمندان مدرسه، من همچنین به کارمندان SACC اجازه می دهم اطلاعات مربوط به فرزندم را به صورتی که لازم است با اشخاص زیر مبادله کنند: | No
خیر |

Contact #

شماره تماس

Relationship

نسبت

Name

نام

1.

2.

3.

- I give permission to the SACC staff to obtain emergency medical care for my child if an emergency occurs and I cannot be reached immediately.
- من به کارمندان SACC اجازه می دهم در صورتی که یک وضعیت اضطراری پیش آید و نتوان بلافاصله با من تماس گرفت نسبت به گرفتن مراقبت های پزشکی اضطراری اقدام کنند.
- I agree to make arrangements to have my child picked up as soon as possible when notified that she/he is ill. SACC agrees to notify me if my child becomes ill.
- من موافقت می کنم هنگامی که به من اطلاع داده می شود کودک بیمار است ترتیبی دهم که در اولین فرصت ممکن کسی او را بگیرد. SACC موافقت می کند اگر کودک من بیمار شود مرا مطلع سازد.
- I agree to inform the center within 24 hours or the next business day after my child or any member of the immediate household has developed any reportable communicable disease, as defined by the State Board of Health, except for life threatening diseases which must be reported immediately.
- من موافقت می کنم پس از آنکه کودک من یا هر عضو بلافاصله خانوار دچار هر گونه بیماری مسری قابل گزارش شود مرکز را در عرض 24 ساعت یا روز کاری بعد آگاه سازم. منظور از بیماری مسری قابل گزارش دادن آنهایی است که توسط هیئت پزشکی ایالتی (State Board of Health) تعریف شده است، بجز بیماری های تهدید کننده زندگی که باید بلافاصله گزارش شود.

I give permission to the SACC staff to obtain emergency medical care for my child if an emergency occurs and I cannot be reached immediately. من این فرم را خوانده ام و تصدیق می کنم اطلاعاتی که عرضه کرده ام کامل و صحیح است. من هر گونه تغییر در اطلاعات را در این فرم در پرونده کل مدرسه کودک من قرار داده خواهم شد. 4 خواهم رساند. من متوجه هستم که یک کپی صفحه SACC اولین فرصت ممکن به اطلاع مرکز

Signature of Parent or Guardian

امضای والد یا سرپرست

Date

تاریخ

Center use only: فقط برای استفاده دفتر

Date child entered care:

Date child left care:

SACC Program Eligibility Verification and Cancellation Agreement

تاییدیه واجد شرایط بودن جهت برنامه SACC و موافقت نامه کنسل کردن

I understand that all adults living in my child's home must meet one of the following criteria: work 30 or more hours a week; attend school full time (12 semester hours); attend a job training program 30 or more hours a week; be disabled; any combination equivalent to the above.

من متوجه هستم که همه بزرگسالانی که در خانه کودک من زندگی می کنند باید دارای یکی از معیارهای زیر باشند: 30 ساعت یا بیشتر در هفته کار کنند؛ به صورت تمام وقت (12 ساعت در هفته) به مدرسه بروند؛ 30 ساعت یا بیشتر در هفته به یک برنامه تعلیمات حرفه ای بروند؛ از کار افتاده باشند؛ هر گونه ترکیبی از آنچه که در بالا ذکر شد.

I certify that all adults in the household meet the eligibility requirements above. I understand that all adults in the household may be required to supply evidence of eligibility at any time, and that giving wrong or false information may result in loss of SACC services. I will notify SACC within 10 days if any information changes.

من گواهی می نمایم که همه بزرگسالان خانوار در رابطه با الزامات بالا واجد شرایط هستند من متوجه هستم که همه بزرگسالان در خانوار ممکن است در هر زمان ملزم به ارائه مدرک واجد شرایط بودن باشند و اگر من اطلاعات غلط یا نادرست عرضه کنم این کار ممکن است به از دست دادن خدمات SACC منجر شود. من در عرض 10 روز SACC را از هر گونه تغییر در اطلاعات آگاه خواهم ساخت.

I also agree to the following terms of service: I must notify SACC at least two weeks in advance of cancelling service; I am responsible for payment for services not cancelled in advance; no refunds or credits will be issued for services not cancelled in advance, regardless of minimal or non-attendance by my child; enrollments cancelled on or before the 15th of the month will be billed for a half-month of service and enrollments cancelled after the 15th of the month will be billed for a full month of service; enrollment or wait-list cancellations will also cancel the same enrollment or wait-list for next year; SACC reserves the right to cancel services due to repeated late payments or nonpayment.

من همچنین نسبت به شرایط خدمات به صورت زیر موافقت می کنم: من باید حداقل 2 هفته قبل از کنسل کردن خدمات SACC را آگاه سازم؛ من مسئول پرداخت هزینه خدماتی هستم که از قبل کنسل نشده است؛ هیچگونه بازپرداخت یا اعتباری برای خدماتی که از قبل کنسل نشده صادر نخواهد شد، بدون توجه به این موضوع که آیا فرزند من حداقل ساعات حضور داشته یا اصلاً حضور پیدا نکرده است یا خیر؛ برای ثبت نام های کنسل شده در پانزدهم ماه یا قبل از آن صورتحساب پانزده روزه صادر خواهد شد و برای ثبت نام های کنسل شده پس از پانزدهم ماه صورتحساب خدمات برای تمام ماه صادر می شود؛ موارد کنسل کردن ثبت نام یا لیست انتظار همان ثبت نام یا لیست انتظار مربوط به سال بعد را نیز کنسل خواهد کرد؛ SACC حق خود برای کنسل کردن خدمات به علت تاخیر مکرر در پرداخت ها یا عدم پرداخت را محفوظ خواهد داشت.

Signature of Parent or Guardian _____
امضای والد یا سرپرست

Date _____
تاریخ

Questions? Call SACC at 703-449-8989; TTY 711. Visit SACC online at www.fairfaxcounty.gov/ofc.

سوالاتی دارید؟ با SACC به شماره 703-449-8989 تماس بگیرید؛ TTY 711. از SACC به نشانی www.fairfaxcounty.gov/ofc دیدن کنید .



O F C Office for Children
www.fairfaxcounty.gov/ofc



یک نشریه کانفی فرفکس، ویرجینیا



برای درخواست وسایل راحتی ADA، با شماره تلفن
703-449-1414 یا TTY 711.